

Année 1920

THÈSE

N°

373

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine).

PAR

H. KERNER

Les principales causes de Dystocie
dans la présentation du siège
dans les douze dernières années, à la clinique Tarnier.

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.).

1920

373

Année 1920

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine).

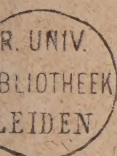
PAR

H. KERNER

Les principales causes de Dystocie

dans la présentation du siège

dans les douze dernières années, à la clinique Tarnier.



Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arrt).

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS

Anatomie	MM. NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BESANCON.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ.
Pathologie chirurgicale	GOSSET.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	MAUFAN.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	QUENU.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	HARTMANN.
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNE.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR.
	COUVELAIRE.
	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile	BROCA.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE.	JEANNIN.	LERI.	RICHAUD.
BRANCA.	JOUSSET ANDRÉ.	LÉPER.	ROUSSY.
CAMUS.	LABBE HENRI.	MOCQUOT.	ROUVIERE.
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVAS-	MULON.	SCHWARTZ, A.
CHAMPY.	TINE.	NICLOUX.	SICARD.
CHEVASSU.	LANGLOIS.	NOBECOURT.	TANON.
DESMAREST.	LECENE.	OKINCZYC.	TERRIEN.
GOUGEROT.	LEMIERRE.	OMBREDANNE.	TIFFENEAU.
GREGOIRE.	LENORMANT.	RATHERY.	VILLARET.
GUENIOT.	LEQUEUX.	RETTERER.	ZIMMERN.
GUILLAIN.	LEREBoullet.	RIBIERRE.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MA FEMME

A MON FILS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LEQUEUX
AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MICHON
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

Les principales causes de dystocie dans la présentation du siège, dans les douze dernières années. à la clinique Tarnier.

La présentation du siège est assez fréquente, par son nombre elle occupe la deuxième place après celle du sommet. Dans la grosse majorité des cas elle se termine par un accouchement spontané, surtout si on le laisse s'accomplir par les seules forces de la nature, mais quelquefois on est obligé d'avoir recours à l'intervention. Ceci ne concerne évidemment pas la tête-dernière, pour laquelle l'extraction est de règle. Dans 705 accouchements par le siège, enregistrés dans ces douze dernières années, on est obligé d'intervenir dans 136 cas. Ces causes de dystocie peuvent être multiples, et suivant les classiques, on peut les diviser en dystocie d'origine maternelle, fœtale ou ovulaire.

A. — DYSTOCIE D'ORIGINE MATERNELLE.

Parmi les dystocies d'origine maternelle on peut distinguer les causes tenant à l'utérus, aux organes para-utérins et au bassin.

1. *Dyslocie provenant de l'utérus.*

En ce qui concerne l'utérus, le plus grand nombre de cas de dyslocie est causé par anomalie des forces expulsives. Elle peut consister soit dans l'excès, soit dans le défaut, soit dans l'irrégularité des contractions. Dans la présentation du siège complet, et surtout dans le siège décomplété, le pôle fœtal, appuyant parfois assez mal sur la partie correspondante de l'utérus, le sollicite d'une façon insuffisante à sa contraction et à ampliation du segment inférieur. L'inertie utérine peut encore se rencontrer chez des femmes débilitées par quelque maladie, comme la tuberculose, par exemple; d'autre part, elle peut faire suite à une cause locale, par trop grande distension de l'utérus (hydramnios, grossesse gémellaire), fibromes, prolongeant le travail en mettant obstacle à la sortie de l'enfant. Je relève cette anomalie dans 15 cas et voici quelques observations:

M^{me} D..., VIII^e pare, arrive à la clinique à la dilatation complète, membranes rompues. L'utérus est légèrement retracté sur le fœtus et présente peu de contractions. On pratique l'abaissement d'un pied.

M^{me} G. L..., 34 ans, IV^e pare. Siège décomplété mode des fesses en G. P. A cause de lenteur de contractions et souffrance fœtale on est obligé de recourir au forceps. On extrait un enfant vivant, poids : 3.950 gr.

M^{me} L. A..., I pare, 26 ans. Début du travail le 3 avril à 6 heures du matin. Rupture des membranes à 19 heures. Le docteur appelé constate une présentation du siège. Après

3 infructueuses tentatives d'application de forceps, il décide la femme d'entrer à la clinique, où elle arrive le 4 avril à 2 h. On constate le siège décomplété mode de fesses en S. I. G. A. Les contractions utérines sont faibles, la femme pousse mal. A partir de 3 h. 40 les bruits du cœur deviennent irréguliers. Les bourses sont le siège d'une bourse séro-sanguine. Abaissement d'un pied et extraction.

M^{me} M. B..., II^e pare. A 1 heure perte de eaux, liquide teinté de méconium; à 1 h. 30 entre en travail. Siège complet en I. G. s'engage. A 8 heures la dilatation est complète. Efforts expulsifs fréquents, mais insuffisants. Abaissement du pied sous chloroforme.

M^{me} G. C..., I^e pare. Les douleurs commencent le 24 novembre à 21 heures. Elle rentre à la clinique le 25 novembre à 8 h. Accouchement à terme. Siège complet en S. I. G. P. Les contractions sont irrégulières. On constate à la vue une masse volumineuse qui est formée par les bourses et la verge de l'enfant, infiltrées, congestionnées. Grande extraction. Difficulté pour extraction de la tête à cause d'une saillie du coccyx.

M^{me} B. A... Le travail a commencé le 3 mai à 4 heures. La femme a perdu les eaux peu de temps après, les douleurs se succèdent dans la journée. Lors des contractions qui sont assez intenses et rapprochées, on voit apparaître à la vulve une cuisse qui rentre sitôt les contractions terminées. Le travail ne progressant pas, elle est amenée à la clinique le 4 mai à 7 heures. On est en présence d'une femme au terme de sa grossesse qui a des douleurs fréquentes et intenses, l'enfant se présente en S. I. G. T., siège décomplété mode des fesses. Expulsion au chloroforme pendant qu'on introduit les deux index dans les plis inguinaux; les membres inférieurs en attelles sont abaissés l'un après l'autre par la manœuvre de Mantel-Pinard. On s'aide tout le temps de l'expression abdominale.

Dans un autre cas on intervient, car la durée du travail atteint 58 h. 50, la femme est asthmatique et présente un goitre.

Quant à l'excès de contraction, il peut se traduire par une contraction généralisée de l'utérus ou par une contraction localisée soit au niveau de l'anneau de Bandl, soit au niveau du col. La raison du retard ou de l'impossibilité de l'expulsion du fœtus se trouve dans ce fait que tout l'utérus et quelquefois le col prennent part à la contraction, d'où l'immobilité de l'enfant. Le grand danger consiste ici dans la rupture utérine ou, dans le cas de tétanisation de l'anneau de Bandl, dans la gêne de la circulation placentaire.

Voici le cas de M^{me} R. A., âgée de 39 ans, 1^e pare. Cette femme a un bassin coxalgique. L'enfant se présente par le siège décomplété mode des fesses qui se fixe au détroit supérieur. Les contractions sont irrégulières; dilatation de 5 fr., les bords de l'orifice sont minces, le siège quoique engagé appuie mal sur l'orifice. Les bruits du cœur sont accélérés, perte de méconium. Dilatation est complétée par le procédé de de Bonnaire. Vaines tentatives d'abaissement du pied antérieur à cause de rétraction de l'anneau de Bandl. Pose d'un lûc, tractions aidées d'expression abdominale. On arrive à dégager le siège et le tronc. Nouvelle dystocie au moment du dégagement des membres supérieurs, on est obligé de fracturer l'humérus gauche. Mauriceau facile.

M^{me} D. M., 42 ans, II^e pare. L'extraction du premier enfant a été faite au forceps. Perte des eaux le 6 avril à 20 heures. Début du travail le 8 avril à 22 h. 1/2. Dilatation 1 fr. Le 9 avril pose d'un petit ballon, mais l'espace entre la présentation et

le col étant insignifiant, le ballon glisse dans le vagin pendant qu'on le gonfle. 5 heures après les bruits du cœur deviennent sourds. Température 30°. Première tentative d'abaissement du pied échoue par suite d'une striction considérable de l'anneau de Bandl. Introduction d'un lac. On extrait le siège et le tronc. Abaissement des bras est difficile, le postérieur peut être abaissé, mais pour extraire l'antérieur on est obligé de le transformer en postérieur. Mauriceau sans difficultés.

Dans le cas de M^{me} J. B..., 42 ans, II pare. C'est au moment du dégagement de la tête dernière que l'on rencontre des difficultés par rétraction de l'anneau de Bandl, et elle est telle qu'on est obligé de la perforer et après on l'extrait facilement. Dans une autre on est obligé de pratiquer la cranioclasie.

Chez la femme D. B..., 22 ans, I pare, après des douleurs d'une nuit et à cause des bruits du cœur de l'enfant rapides et irréguliers, on décide d'intervenir. Anesthésie régionale S 3 + S 4. On fait l'extraction du siège, tronc et bras sans trop de difficultés, mais au moment du dégagement de la tête on constate que le menton est tourné en avant; on veut le faire tourner de côté, mais on y parvient pas du premier coup, car la tête est retenue par l'anneau de Bandl contracté. Traction énergiques et expression.

On voit donc d'une façon saisissante combien cette tétanisation de l'anneau de Bandl peut être grave pour l'enfant et quelquefois pour la mère et ennuyeuse pour l'accoucheur. Heureusement qu'elle ne se rencontre pas très souvent, car sur ce nombre important d'accouchements je ne la constate que 6 fois.

Quant à la rétraction du col, je la trouve dans 3 cas et en voici, par exemple, un

Il s'agit de M^{me} L. A..., 24 ans, I pare. Présentation du siège

mode des fesses en S. I. G. A. Le travail traînant en longueur, on décide d'intervenir. On extrait les jambes et le tronc sans difficultés, mais en arrivant aux bras et à la tête, on constate que le col est rétracté autour de celle-ci tout autour de la circonférence sous-occipito-sus-nasale; pour l'extraire on est obligé de s'aider de l'expression abdominale.

Une autre cause de dystocie siégeant au niveau du col peut provenir de sa rigidité et défaut de dilatation.

On sait que cette rigidité peut être anatomique (primipare âgée), pathologique (syphilis, cicatrices par déchirure antérieure), gynécologique (cautérisation ou opération). J'en trouve deux cas se rattachant à la première variété et un à la seconde.

En parlant du défaut de contraction, j'ai expliqué qu'elle en était la cause dans la présentation qui nous intéresse, cette éventualité peut provoquer aussi un défaut de dilatation. Cette dystocie peut encore être favorisée par la rupture prématurée des membranes. Je l'enregistre dans un 5 cas. En voici un exemple.

M^{me} R..., II pare. Début du travail le 21 avril à 19 heures; rupture des membranes quelques instants après. Entre à la salle de travail le 22 à 4 heures. Dilatation petite paume de main; on constate les signes de souffrance fœtale. A 17 heures même dilatation, l'enfant perd toujours son méconium. Température 38°, pouls 96. Bruits du cœur précipités. Vulve très œdématisée. On pratique l'abaissement du pied, on y trouve quelques difficultés à cause de l'anse du cordon qui se trouve au-dessous du pied, du reste le cordon ne bat plus. On attend la dilatation complète. Grande extraction du siège. Difficultés pour abaisser le bras antérieur, on est obligé de le transformer en postérieur; extraction d'une fille morte.

Dans un autre cas, la dilatation incomplète du col crée une grande difficulté pour le dégagement de la tête dernière.

Parmi les autres causes de dystocie provenant de l'utérus, il faut signaler les tumeurs et malformations. Quant aux premières, les plus fréquentes sont sûrement les fibromes. Ils peuvent occasionner parfois de l'expulsion prématurée par endométrite (10 %). Quand ils permettent à l'accouchement d'arriver jusqu'à terme, ils agissent sur lui d'une façon différente suivant leur siège. Si la tumeur est abdominale et de grand volume, elle peut refouler l'utérus latéralement, et celui-ci agissant mal sur le fœtus fait que le travail traîne en longueur. D'après Tarnier, ce sont surtout les fibromes interstitiels qui favorisent l'inertie utérine en constituant « comme un écran qui interrompt la contraction ». Mais d'une façon générale la dystocie n'est pas très sérieuse. Il en est tout autrement quand la tumeur est pelvienne, en se trouvant au-devant de la présentation elle empêche alors son engagement; évidemment il rentre encore en ligne de compte la grosseur du fibrome; pour Tarnier la dystocie commence quand la tumeur atteint le volume d'un œuf de poule. Ce même auteur considère que la présentation du siège est encore la plus favorable, car le siège forme un cône qui en s'insinuant refoule peu à peu la tumeur.

Dans un cas où le fibrome s'était développé sur le segment inférieur on a été obligé de faire une césarienne mutilatrice. Dans deux autres la tumeur s'étant déve-

loppé au dépens du corps de l'utérus, la dystocie était insignifiante. Ainsi, par exemple, le cas de Mme G., 32 ans, I pare, présente un fibrome de la partie latérale droite de l'utérus. L'extraction du siège, tronc et bras est facile; on rencontre une difficulté légère pour la tête qu'on dégage en transverse.

Quant aux malformations je n'en trouve aucun cas. J'ai relevé une observation concernant un développement vicié de l'utérus.

Il s'agit de Mme H. A., 28 ans, III^e pare. (Les deux accouchements antérieurs se sont passés normalement.) Elle entre à la clinique le 10 mars 1913. A l'examen de la femme on constate qu'elle a des membres inférieurs un peu courts; la voûte palatine un peu ogivale; éventration complète; ventre en obusier pointant en avant. Paroi abdominale est très mince. Léger œdème sus-pubien. Utérus en antéversion complète. On sent le liament rond gauche rouler sous les doigts près de la ligne médiane, au niveau de l'ombilic. On perçoit l'ovaire gauche avec sa douleur spéciale; les annexes gauches visibles sous la paroi abdominale semblent augmentées de volume par moment (étranglement du plexus utéro-ovarien par l'éventration). Le ligament droit est perçu au-dessous et à droite de l'ombilic. Le segment inférieur est perçu plus mou, plus mince au niveau de la face postérieure de l'utérus et du segment inférieur. Développement plus grand de la corne gauche. Présentation du siège. Forte tension utérine, léger excès de liquide.

Toucher : col très postérieur et regardant en arrière perméable, non effacé. Présentation très élevée. Bassin normal.

Le 13 mars à 7 heures dilatation complète, douleurs subintolérables. Le siège est au détroit supérieur, siège complet, ne se présentant pas du tout dans l'axe du détroit supérieur,

l'utérus complètement inversé n'a aucune action pour engager ce siège au moment des contractions. Siège est en I. G. On atteint facilement le pied antérieur, on l'extrait et on fait des tractions sur le membre pendant qu'un aide relève l'utérus à travers la paroi abdominale, mais le siège ne progresse pas. En touchant on constate en D. S. la présence de l'autre pied et d'une main. Anesthésie au chloroforme. On abaisse l'autre pied. On extrait le siège, thorax, épaules. La tête est défléchie on ne peut pas la fléchir. Enfant étant mort, on fait une embryotomie. Après la perforation et extraction au cranioclaste on constate un œdème aigu de la grande lèvre.

2. Dystocie provenant des organes para-utérins.

Ces organes sont ovaire, ligament large, rectum et vessie. En ce qui concerne les deux derniers, il suffit de les mentionner pour mémoire, car vraiment les cas de dystocie réelle doivent être exceptionnelles, ce ne serait que certaines malformations congénitales qui pourraient agir sur la grossesse et l'accouchement. Quant aux ligaments larges, ce ne sont que des tumeurs qui puissent créer certaines difficultés au moment de l'accouchement, et il faut dans ce cas qu'elles atteignent un volume assez considérable. Le fait doit être assez rare, car je n'ai relevé aucune observation.

L'organe le plus intéressant à ce point de vue est sûrement l'ovaire, et son affection — le kyste. Il peut causer une expulsion prématurée. Dans le cas de tumeur abdominale les accidents sont rares. Quand le kyste obstrue l'excavation, l'accouchement peut devenir dif-

ficile, surtout s'il est volumineux et résistant. Les kystes dermoïdes sont les plus dystociques et le plus souvent l'accouchement est impossible. Sur 278 cas de MM. Puech et Vanvert, on observa 262 fois le dystocie. Voici une observation.

M^{me} G. L., 35 ans, I pare. Entre à la clinique le 10 décembre 1919 au 9^e mois de sa grossesse. La femme a remarqué que depuis 3 ou 4 ans ses règles sont plus abondantes; dans les derniers mois avant la grossesse elle a perdu 2 fois par mois. A l'examen on constate que le volume de l'abdomen est à peu près comme chez une femme enceinte près du terme. Présentation du si ge qui tend à glisser vers la fosse iliaque droite. Bruits du cœur un peu au-dessus et à droite de l'ombilic. Par la palpation on a l'impression que le fœtus est repoussé en avant et à droite par une tumeur postérieure. Le toucher est impossible sans anesthésie. Examen sous anesthésie : tumeur molasse, de grosseur d'une tête de fœtus, située en arrière de l'utérus, enclavée dans le petit bassin et bloquant l'airé du détroit supérieur, probablement kyste de l'ovaire. Le col est en voie d'effacement. Dans la nuit perte des eaux et un peu de sang.

Cesarienne suivie d'hystérectomie.

3. *Dystocie provenant des parties molles.*

La difficulté de l'accouchement peut résulter soit de la mauvaise qualité des tissus, ce serait une origine anatomique, soit des cicatrices — origine pathologique.

La première se rencontre surtout chez les primipares âgées ou dans les bassins généralement retrécis; on devine aisément que dans ce dernier cas ce n'est pas la dystocie

principale, mais une cause adjuvante qui n'est pas sans importance.

M^{me} O. J..., 34 ans, I pare. Entre à la clinique à 3 heures. Siège décomplété mode des fesses en G. A. Dilatation complète. La femme fait des efforts expulsifs. A 3 h. 1/2 issue du méconium; périnée commence à bomber. Bruits du cœur sont bons. Douleurs fréquentes, mais de courte durée. On cherche à abaisser le pied antérieur, mais le siège n'étant pas engagé, cette manœuvre est impossible à exécuter. Les tractions sur l'aine antérieure ne donnant pas de résultat, on fait une épisiotomie latérale droite. On peut alors atteindre facilement l'aine postérieure et on dégage le siège sans difficultés. Extraction facile des épaules et tête-dernière par la manœuvre de Mauriceau.

M^{me} B. L..., 31 ans, I pare. Bassin légèrement rachitique (promontoire accessible). Dilatation complète à 1 h. 30. A 5 h. 30, malgré des contractions utérines, le siège ne descend pas et ne s'engage pas. Abaissement du pied antérieur, on constate après une légère descente; sortie du siège, de l'abdomen et thorax. Arrêt par relèvement des bras. Dégagement du bras postérieur facile, antérieur impossible, il faut le transformer en postérieur. Manœuvre de Champetier de Ribes sur la tête-dernière au détroit supérieur, difficultés de l'extraction à cause des parties molles résistantes. Episiotomie latérale.

M^{me} D. A..., 21 ans, I pare. Siège apparaît à la vulve, mais progresse très lentement. Episiotomie. Dégagement du siège, abdomen. Relèvement des bras, difficultés insurmontables pour les abaisser à cause de résistance des parties molles; pendant ce temps le fœtus fait des mouvements inspiratoires. Une nouvelle épisiotomie. Extraction laborieuse au bout d'un quart d'heure, d'un enfant vivant pesant 3.550 gr.

Voici maintenant un cas de dystocie des parties molles d'origine pathologique :

Il s'agit de M^{me} C. L..., 31 ans, 1 pare. 4 périnéoraphies antérieures. Présentation du siège mode des fesses en S. I. D. A. Périnée est cicatriciel, blanc, tendu, peu élastique. Episiotomie latérale droite. Extraction sans difficultés du siège, abdomen, thorax. Les bras sont relevés, mais on les abaisse facilement.

En tout j'ai constaté 6 cas de cette dystocie, dont 4 rentrent dans la première catégorie, 2 dans la seconde.

4. Dystocie provenant du bassin.

Pour la commodité de la description on peut diviser les bassins viciés en bassins symétriques et asymétriques.

Parmi les premiers on peut citer les bassins rachitiques, ostéomalaciques, cyphotiques, etc. Les bassins les plus nombreux, et par conséquent, pratiquement les plus intéressants, sont les bassins rachitiques. On les divise en bassins plats et bassins généralement rétrécis ou justo-minor. Les difficultés au moment du travail tiennent surtout à la disproportion existant entre les dimensions de la tête fœtale et celles du bassin, qu'elle doit traverser, ce sont donc surtout les phénomènes mécaniques.

Si c'est la cause principale, elle n'est pourtant pas unique, et il faut mentionner encore d'autres troubles apportés dans la marche de l'accouchement, troubles qui résultent directement du rétrécissement et qui sont provoqués par le défaut d'accommodation du fœtus. Ainsi les douleurs sont irrégulières, spasmodiques ou tétani-

ques et sont d'une efficacité presque nulle sur la dilatation du col et progression du fœtus. D'autres fois à la suite de ces fortes contractions l'utérus se fatigue et il y a une période d'inertie. Certains auteurs admettent qu'il y a un rapport entre le type des douleurs observées et forme du bassin. Aux bassins généralement rétrécis correspondraient les douleurs faibles, qui seraient dûes, d'après Michaelis, à l'écrasement du pôle inférieur de l'utérus entre la tête de l'enfant et le rebord du détroit supérieur, et par le développement incomplet du muscle utérin; à un bassin hypoplasie correspondrait un utérus hypoplasie. Au contraire, dans les bassins plats, les pressions limitées du segment inférieur sur le promontoire et pubis occasionneraient des douleurs exagérées.

La poche des eaux présente un volume anormal et quand les membranes ne sont pas élastiques, on peut observer leur rupture prématurée. On peut encore constater la lenteur et l'irrégularité de dilatation du col, car la présentation restant élevée, elle appuie mal sur le col et segment inférieur. Quand la dilatation est suspendue et le travail prolongé, on peut être en présence d'un accident grave. — œdème du col. Quant aux phénomènes mécaniques, ils sont tout à fait différents suivant la variété du bassin vicié.

L'engagement du siège est plus prolongé que dans le bassin normal. Le relèvement des bras, lors de l'expulsion du tronc, se rencontre plus fréquemment, à cause de l'accrochage des coudes sur le rebord du détroit supérieur. Mais c'est au moment du passage de la tête-

dernière, que l'on rencontre le plus de difficultés, car d'une part, l'utérus agit sur elle moins énergiquement et d'autre part, la tête-dernière se présente au détroit supérieur par sa base, d'où tendance à la déflexion, par accrochage du menton. Tandis que cette flexion incomplète est très avantageuse dans le bassin plat, elle est tout à fait détestable dans le bassin généralement rétréci. C'est pourquoi la présentation du siège est favorable dans le premier cas, la tête s'engageant suivant le diamètre transverse; de telle sorte que certains auteurs ont proposé la transformation systématique de présentation du sommet en présentation du siège pendant la grossesse, mais cette idée n'a pas été suivie. Il n'en est pas de même pour le bassin généralement rétréci, où la tête doit s'engager suivant un diamètre oblique, cette présentation crée une difficulté de plus, car la flexion forcée de la tête-dernière ne peut pas être obtenue par le seul effort de la contraction utérine, d'où l'arrêt de la progression. Il faut encore ajouter que dans ce bassin il y a encore un autre élément qui gêne la marche de l'accouchement, c'est l'atrésie des parties molles. De ces difficultés résulte une augmentation sérieuse de la durée du travail et dans 30 % de cas environ, l'accouchement naturel est impossible.

Voici quelques exemples :

M^{me} S..., âgée de 35 ans, IV^e pare. Entre dans le service le 18 septembre. Présente un bassin plat rachitique. Le diamètre promonto-sous-pubien est de 10 cm. 2, bicrote = 28,5, biépi-

neux, 25 1/2. Squelette rachitique. Léger chapelet des nouures sternocostales. Front olympien. L'extrémité des doigts des membres supérieurs atteint le 1/3 sup. de la cuisse. Les tibias sont légèrement incurvés en avant et en dehors. Accouchement provoqué. Ecarteur de Tarnier; membranes se rompent. 3 heures après on enlève l'écarteur. La femme a quelques douleurs. 3 heures plus tard, pose d'un ballon de Champetier de Ribes de grosseur de 9 centimètres de diamètre. 5 heures après expulsion du ballon. Le siège en S. I. D. A. resté élevé. Le col revient sur lui-même. Dilatation 2 fr. L'enfant rend son méconium. Le siège descend, mais appuyé mal sur le col. Contractions peu fréquentes. Travail long et pénible. Le 20 septembre à 8 h. le pied apparaît à la vulve, la malade pousse. Les bruits du cœur modifiés. On pratique l'extraction sous anesthésie. On dilate le col avec le dilatateur de Bossi. Difficultés au passage de la tête.

M^{me} J. M..., 25 ans, IV^e pare. Bassin rétréci. Le diamètre promonto-sous-pubien 11 centimètres, sacrum plan. Présentation du siège mode des fesses en G. A. Extraction facile du siège, thorax. Les bras sont relevés, on fait moucher le fœtus on dégage la tête en transverse. Le cordon, à cause de son insertion vélamenteuse, est pincé entre la partie postérieure du bassin et le pariétal du fœtus. Enfant meurt pendant le travail.

M^{me} P. G..., 30 ans, III^e pare. Le deuxième enfant a été accouché au forceps. Bassin rétréci, promontoire saillant. Abaissement d'un pied, extraction du tronc. Les bras sont relevés, difficultés pour abaisser l'antérieur qu'on est obligé de transformer en postérieur. La bouche est tournée en avant, on imprime une rotation à la tête et on la dégage par la manœuvre de Mauriceau.

Le bassin rachitique crée une dystocie dans 8 cas, quant aux autres bassins symétriques, je n'en trouve aucun.

Bassins asymétriques.

Ce sont : bassin scoliotique, coxalgique, luxation congénitale unilatérale, Nœgelé, etc.

Dans ces bassins les difficultés du travail tiennent également surtout aux phénomènes mécaniques, lesquels dépendent de l'orientation de la présentation et des rapports qui existent entre les diamètres sagittaux de la tête fœtale et les diamètres du détroit supérieur. On peut dire, d'une façon générale, que l'accouchement est facile quand la tête s'engage suivant le grand diamètre oblique et en position antérieure et difficile quand elle s'engage suivant ce même diamètre en postérieure ou suivant le court diamètre oblique. Il faut ajouter seulement pour le bassin de Nœgele qui est rétréci également au niveau du détroit inférieur, le plus petit diamètre duquel oblique correspond au plus grand du détroit supérieur, et que, par conséquent, le diamètre qui était bon au détroit supérieur devient ici mauvais.

J'ai un cas de bassin Nœgele que voici :

Il s'agit de M^{me} J. J., 19 ans, 1^{er} pare. Le promontoire est accessible au loin. Du côté droit le bassin n'est pas très large la ligne innommée peut être suivie sur toute la longueur. Du côté gauche le bassin est très aplati. On ne peut atteindre le fond du sinus sacro-iliaque rendu plus profond. La symphyse paraît déviée un peu à gauche de la ligne médiane. En trouvant « qu'il y a un mur » à gauche, on décide de faire une césarienne.

Je trouve également 1 cas d'un bassin vicié par une luxation congénitale de la hanche gauche.

M^{me} V. R..., présente une luxation congénitale de la hanche gauche. Fort raccourcissement du segment fémoral du membre inférieur gauche. Présentation siège décomposé mode des fesses. Le siège apparaît à la vulve, mais les contractions deviennent moins énergiques et il y a arrêt; on dégage alors le membre inférieur et on pratique une épisiotomie latérale avant le dégagement du siège.

B. — DYSTOCIE D'ORIGINE FŒTALE.

A part les anomalies du fœtus (gros œufs, hydrocéphalie, gémellité, monstruosité, etc.), on trouve parfois des difficultés du fait même de la présentation du siège. La dystocie peut se présenter au niveau du siège, épaules et tête.

J'ai déjà signalé que le travail est en général plus prolongé dans cette présentation que dans celle du sommet, parce que ce pôle fœtal appuie moins bien sur le col que la tête qui a une plus grande consistance. D'autres difficultés peuvent encore se rencontrer au niveau du siège. Ainsi l'engagement du siège peut se faire mal; d'abord au point de vue de l'accommodation : le siège peut se présenter plus ou moins incliné; parfois l'excès du volume du siège, n'ayant pas subi un tassement suffisant, peut s'opposer à l'engagement, ensuite au moment de l'engagement proprement dit : le diamètre bitrochantérien, au lieu de répondre à un diamètre oblique pelvien, se place dans le sens du diamètre transversal, la descente est donc très difficile. Cette cause oblige d'intervenir dans trois cas.

Parfois c'est seulement au moment du dégagement que naît la dystocie. Ainsi la rotation peut être insuffisante ou faire complètement défaut et le diamètre bi-trochantérien restant en rapport au détroit inférieur avec le diamètre oblique. Mais il y a encore une cause que l'on rencontre plus fréquemment et qui présente de très grandes difficultés. On sait que pour le dégagement du siège, il faut que ce pôle fœtal quitte l'axe de descente pour prendre celui de sortie. Ce dernier étant réuni au premier par une ligne courbe, pour que la nouvelle orientation du siège soit possible, il faut que le fœtus exécute un mouvement d'inflexion latérale. Dans la présentation du siège complet cette incurvation du fœtus se fait assez facilement, car la colonne dorso-lombaire a une mobilité suffisante; mais dans le siège décomplété, mode des fesses, les deux membres inférieurs étant relevés en attelles au-devant de sa face ventrale, le tronc fœtal est très rigide et absolument impropre à la moindre inflexion. C'est une éventualité excessivement ennuyeuse et oblige à une intervention de l'accoucheur. Je la relève dans 3 cas.

M^{me} F. A..., 19 ans, 1^{re} pare. Rupture spontanée des membranes, dilatation complète. Efforts expulsifs peu énergiques. L'incurvation du siège se fait difficilement, la hanche antérieure ne passe pas sous la symphyse. Lac sur l'aîne antérieure et tractions aidées de l'expression abdominale.

M^{me} C. M... Siége décomplété mode des fesses en S. I. D. P. Dystocie par manque d'inflexion pelvienne du siège. On accroche l'aîne droite avec la main gauche et on ramène la hanche

droite en avant. Episiotomie profonde. Difficultés de l'extraction des bras qui sont relevés. Le bras droit et la tête n'ont pas suivi la rotation du tronc.

M^{me} P. ., I pare, entre à la clinique le 14 décembre 1919. Début du travail le 13 décembre à 18 heures. Elle a eu deux applications de forceps par un médecin en ville. Les bruits du cœur de l'enfant sont rapidement frappés et perçus à droite de la ligne médiane. Le siège décomposé mode des fesses est engagé. Température 38°. La femme est anesthésiée au chloroforme. Posé d'un lac dans l'aîne antérieure parce que le siège est enclavé dans l'excavation. On arrive à l'extraire grâce aux tractions et expression abdominale.

Il faut encore ajouter que dans le siège décomplété mode des fesses il est parfois très difficile d'abaisser les membres inférieurs qui sont relevés en attelles, surtout quand le siège est déjà engagé. Je trouve cette dystocie dans 8 accouchements.

On voit donc que les difficultés au moment de l'accouchement du siège peuvent être nombreuses.

Quant à la dystocie au niveau des épaules, toute la question est dominée ici par celle du relèvement des bras. Barnes considère que cette éventualité résulterait toujours des tractions exercées sur le siège et attribue toute la responsabilité à l'accoucheur, car dans l'expulsion spontanée cet accident est très rare. Normalement les contractions utérines en chassant le tronc dehors maintiennent les bras contre lui, mais si les tractions sont pratiquées sur le siège en dehors de contractions, surtout si la dilatation est incomplète ou s'il y a contrac-

tion exagérée de l'anneau de Bandl, les bras seront relevés. Cet accident se rencontre le plus souvent chez les femmes primipares, ou en cas de fœtus volumineux et il comporte un pronostic sévère, car le travail traîne en longueur, l'utérus se fatigue, la femme s'épuise et on est obligé d'intervenir.

On a déjà eu l'occasion de constater cet accident dans les observations précédentes, c'est pourquoi je n'en rapporte pas d'autres; en tout on le trouve dans 16 cas, ce qui est relativement assez fréquent.

Mais la partie fœtale qui crée le plus d'ennuis à l'accoucheur c'est certainement la tête. Il est très rare qu'elle soit expulsée spontanément par les seules forces de la mère, il faudrait pour cela qu'elle ait des dimensions minimales ou une consistance extrêmement faible, ce qui est exceptionnel. Par contre elle cause la dystocie assez souvent, je la constate 30 fois.

La principale difficulté résulte de la déflexion de la tête-dernière et voilà comment elle se produit. Pendant le dégagement des épaules, la tête fléchit, franchit le détroit supérieur et descend dans l'excavation, ses grands diamètres antéro-postérieurs dirigés suivant l'oblique pelvien qui croise celui utilisé pour la descente des épaules. De ce non-parallélisme des axes résulte une légère déflexion de la tête qui se présente au niveau du détroit inférieur non pas suivant ses plus petits diamètres, mais un peu plus grands, l'accouchement est donc très difficile et on est obligé de recourir à l'intervention de l'accoucheur. Aussi pratiquement on

intervient toujours pour extraction de cette partie fœtale.

M^{me} C. V..., 40 ans, III^e pare. Siège complet en S. I. D. P. Extraction. Difficultés pour dégager le bras postérieur qui est relevé. fracture de la clavicule. Difficultés pour la tête qui reste dans le détroit supérieur en O. I. G. A. Extraction de la tête au moyen de deux doigts de la main gauche introduits dans la bouche. Manœuvre de Champetier pendant qu'un aide fait de l'expression abdominale. On sent un premier ressaut (promontoire) et deuxième (faux promontoire). La tête descend dans l'excavation et on l'extrait par la manœuvre de Mauriceau.

M^{me} I. H... La tête est retenue dans le détroit supérieur. Battement du cœur de l'enfant à peine perceptibles. On fait une perforation et cranioclasie.

Dans beaucoup d'autres cas la dystocie résulte du défaut de rotation de la tête et le menton, au lieu d'être placé latéralement, est tourné vers la symphyse pubienne. D'après certains auteurs cet accident résulterait de tractions imprimées au fœtus et serait également imputable à l'accoucheur. Cet accident n'est pas à négliger, car dans 4 cas il fallait avoir recours à la perforation.

Une fois la tête était retenue par la présence de 3 circulaires. — Le fœtus peut encore causer une dystocie par excès de volume.

a) On sait que les gros œufs sont l'appanage de multipares; on peut pourtant les rencontrer chez les primipares, et dans ce cas, l'accident est beaucoup plus sérieux. Les difficultés s'observent pendant les différents temps de l'accouchement (engagement et déga-

gement) et au niveau de plusieurs parties fœtales (siège, épaules, tête). Le travail est extrêmement pénible, la femme s'épuise et on est obligé d'intervenir. Voici 3 observations où cette dystocie est en cause :

M^{me} P. C..., 31 ans, I pare. Présentation du siège mode des fesses en D. P. On rompt la poche des eaux à la dilatation complète. Perte du méconium. Le siège ne descend pas. Manœuvre de Mantel-Pinard sous chloroforme, mais le fœtus remonte et le pied ne s'abaisse pas. On va à la recherche du pied antérieur qui est croisé derrière le postérieur. On extrait le siège et le tronc. Difficultés de descendre le bras postérieur. Mauriceau difficile. On extrait un enfant pesant 4.060 gr.

M^{me} A. E..., 30 ans, III^e pare. Début de douleurs le 22 janvier. A l'arrivée on est frappé du volume du ventre, qui paraît considérable surtout à gauche; le fond de l'utérus ne remonte cependant qu'à 38 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Présentation du siège tête en haut, très volumineuse. Le 25 janvier à 8 h. 1/2 la dilatation est de 5 fr.; les bruits du cœur sont bons, siège est engagé. La poche des eaux fait saillie à travers le col, mais à chaque examen il s'écoule un peu de liquide. Dans l'après-midi l'enfant rend son méconium; à 16 h. 1/2 la dilatation est toujours la même, pas de poche des eaux et le siège n'appuie pas à fond sur le segment inférieur. On décide d'intervenir. Anesthésie au chloroforme. Dilatation du col avec le dilateur de Bossi. Abaissement d'un pied; on a l'impression qu'il s'agit d'un gros enfant. Le dégagement se fait lentement, à frottements, car l'enfant est énorme. Le cordon ne bat plus. Les bras sont relevés, manœuvres de Van Huevel-Tarnier. Une sonde de Nelaton garnie d'une tige métallique est introduite facilement dans le canal rachidien et poussée dans le crâne, mais il ne s'écoule que quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien. On tente alors d'abaisser les bras, mais on

ne peut pas faire pénétrer la main. On tire sur le tronc, on arrive à abaisser le bras antérieur, le postérieur sort ensuite. L'enfant étant mort on décide de faire une perforation du crâne. Le volume du tronc gênant à faire les manœuvres, on fait une section en V au sommet cervical et passant sous les omoplates, suivant la technique de M. le professeur Bar; les os étant très durs on échoue; on fait une nouvelle tentative avec le perforateur de Blot, après avoir corrigé la position de la tête de mento-pubienne en mento-transverse. Basiotripsie. On extrait l'enfant du poids de 4.050 gr.

On constate une infiltration calcaire de placenta, son poids est de 760 gr.

M^{me} L. R..., 24 ans, III^e pare. Entre à la clinique au moment du travail. Dilatation complète. Le siège reste élevé. Abaissement prophylactique du pied sans trop de difficultés. Manœuvre de Mauriceau difficile, car la tête reste élevée et le menton tourné en avant; on arrive avec beaucoup de peine à le tourner en transverse. On fait passer d'abord le pariétal antérieur et puis le postérieur, dont l'engagement est pénible. On extrait un enfant vivant pesant 4.200 gr.

b) A côté de gros œufs, il faut placer une autre anomalie consistant dans l'excès de volume du fœtus, c'est l'hydrocéphalie. Ici on rencontre la dystocie au moment du passage de la tête et elle atteint parfois des proportions telles que pour sauver la mère il faut sacrifier l'enfant. Je la trouve dans 3 cas, dont un est accompagné de spina-bifida.

M^{me} G. L..., 37 ans, V^e pare. Les accouchements précédents se sont passés normalement. L'utérus est plus développé que pour la grossesse normale. Le siège est en G. A. Rupture arti-

ficielle de la poche des eaux à cause de la lenteur du travail et souffrance fœtale. Il ne s'écoule que du méconium. Expulsion du siège et du tronc jusqu'aux bras, on extrait le bras postérieur. On veut transformer l'antérieur en postérieur, mais cette manœuvre est impossible à exécuter, on l'extrait alors derrière la symphyse. La tête est retenue au détroit supérieur par la bouche en occipito-transverse, il est impossible de la fléchir, elle est complètement immobile. Le diagnostic de l'hydrocéphalie se confirme. Perforation de la tête et cranio-clasie. Il s'écoule une grande quantité de liquide.

M^{me} B. R..., 22 ans, II^e pare. Grossesse antérieure normale. Grossesse à terme, l'utérus est plus développé que pour la normale hydramnios. On décide de faire une ponction de l'œuf avec un trocart; il s'écoule quelques litres de liquide. 2 heures après, la dilatation est complète. La femme pousse énergiquement. Présentation : siège décomplété mode de fesses en S. I. G. P. Dégagement des membres inférieurs, siège, tronc et épaules sans difficultés. Résistance à l'extraction de la tête, hydrocéphalie. Ponction de la tête, ensuite extraction facile d'un garçon mort-né pesant 4.100 gr. Le placenta pèse 490 gr. Le Wassermann du liquide amniotique et du sang du cordon est partiellement positif.

M^{me} G. B..., 28 ans, I pare. Entre à la clinique le 15 juin au matin. Siège décomplété mode des fesses en D. P. A 18 heures la dilatation est complète. Les bruits du cœur sont bons. A 20 heures les bruits du cœur deviennent irréguliers. La femme pousse et le travail ne progressant pas, on décide d'intervenir. Au moment d'explorer le siège, on constate une perte de substance au niveau du sacrum, on sent nettement un bourrelet délimitant cette perte de substance. On diagnostique spina-bifida. L'extraction est très pénible. On pose un lac dans l'aîne antérieure. Extraction toujours pénible est aidée d'expression abdominale. La tête reste au-dessus. Manœuvre de Champe-

tier de Ribes; on l'engage péniblement. En appuyant sur le front on perçoit un craquement et à partir de ce moment la tête s'engage facilement et on l'extraît sans difficultés. L'enfant présente de l'hydrocéphalie, spina-bifida et un pied bot. Poids 3.100 gr.

c) Dans la dystocie d'origine fœtale à part les gros œufs, l'hydrocéphalie, etc., il faut mentionner encore la grossesse gémellaire et les monstruosité. Dans la première on peut rencontrer les mêmes difficultés que dans la présentation du siège, quoique les enfants étant généralement plus petits, ces cas sont plutôt rares. Par contre quelquefois la dystocie peut résulter du fait même de la gémellité. On rapporte le plus souvent les cas d'accrochage d'un fœtus par l'autre, mais cet accident ne se présente qu'exceptionnellement, car dans ces 705 observations il fait absolument défaut.

Je ne trouve non plus aucun cas de monstruosité.

C. — DYSTOCIE D'ORIGINE OVULAIRE.

Parmi les dystocies d'origine ovulaire, les plus intéressantes sont : 1^o la rupture prématurée des membranes; 2^o procidence du cordon.

1. On connaît bien le rôle et l'importance des membranes, on comprend donc aisément que leur rupture prématurée peut agir ou seulement d'une façon défavorable sur la marche de l'accouchement (défaut de dilatation, procidences, etc.), ou peut constituer une

grande gravité (infection). Les différentes observations qui suivent montrent bien l'importance de cet accident.

M^{me} B. L..., 36 ans, VIII^e pare. Rupture des membranes le 13 juillet. Entre à la clinique le 14. Présentation du siège complet qui est reporté dans la fosse iliaque gauche. Dos à gauche. Le fœtus n'est pas mobilisable. Douleurs dans la nuit du 15, perte de méconium, les bruits du cœur bons. Le segment inférieur est mou, col effacé. Le lendemain les contractions sont fréquentes, mais irrégulières. La femme est agitée. Les bruits du cœur sont bons, mais l'enfant rend son méconium pendant toute la journée. La température de la femme est 38°5, pouls à 116. Les bruits du cœur deviennent précipités. Le col est souple et dilaté comme 1 fr. le siège est encore très élevé. On pratique l'abaissement prophylactique du pied antérieur (gauche) et on fait quelques tractions. Le col se dilate très bien, on continue des tractions lentes et on extrait les pieds, siège, tronc et bras en 10 minutes. Difficultés pour la tête, on ne peut accrocher la bouche qui est tournée en avant, le col est légèrement retracté. On arrive quand même à l'accrocher et en se faisant aider de l'expression abdominale, on arrive à dégager la tête.

M^{me} C. L..., 30 ans, I pare. Entre à la clinique le 25 décembre. Perte des eaux le 22. Le 23 arrêt du travail. Le 24 sa température est de 39°, pouls à 120. Le 25 dilatation grande paume, température 39°3, pouls 120, siège décomplété mode des fesses. Ecoulement du liquide amniotique extrêmement fétide, pas de gaz putrides. Anesthésie au chloroforme. On essaie à passer un lac dans l'aîne antérieure; pendant les manœuvres on ramène des débris qui sont l'épiderme desquamé; l'enfant est donc macéré; pas de battements dans le cordon procident. On introduit un crochet dans l'aîne et on fait de l'extraction (la malade meurt pendant la suite des couches).

M^{me} M. S., 18 ans; I pare. Entre à la clinique le 4 septembre 1917 à 8 h. 30. Grossesse à terme. Membranes rompues depuis le 24 août. Température : 38°. Enfant vivant. Présentation du siège décomplété mode des fesses en G. A. Siège est très élevé, dilatation 1 fr. Dans la journée les contractions sont très fortes et très rapprochées. Température : 38°3. A 17 heures le travail n'est pas avancé, la malade est très fatiguée (piqûre de morphine). Les douleurs renoummencent dans la nuit, mais moins violentes. Le 5 septembre à 8 h. la température est à 38°2; dilatation 2 fr.; siège toujours très élevé. Bruits du cœur rapides. A 15 heures pose d'un ballon de Champetier dans le vagin. A 17 heures, expulsion du ballon, le siège descend, dilatation stationnaire; bruits du cœur sont rapides. 18 heures, même état; on décide donc d'intervenir. On essaie la dilatation bimanuelle, mais le col se déchire en arrière, on fait alors deux incisions sur le col, une antérieure, l'autre postérieure. On veut faire l'abaissement prophylactique du pied, mais celui-ci heurte le détroit supérieur et ne peut pas être attiré en dehors par suite de l'engagement du siège. Pose d'un lac dans l'aine postérieure et on fait la traction. Extraction très pénible. Les deux bras sont relevés, difficultés dans l'abaissement. Episiotomie. L'enfant est extrait mort, fille pesant 3.470 gr.

J'ai rapporté déjà une autre observation en parlant de la rétraction de l'anneau de Bandl.

En tout j'ai constaté la rupture prématurée dans 10 observations et heureusement c'est seulement dans un cas qu'elle était suivie de l'infection et mort de la femme.

2. *Procéndice du cordon.* — On peut distinguer la procidence du cordon simple ou compliquée, c'est-à-dire

accompagnée d'une procidence d'un membre du fœtus. Dans le premier cas il est exceptionnel de voir une véritable dystocie, mais la gravité consiste dans la compression. Dans la procidence compliquée la compression est moins à redouter, grâce au membre procident, par contre ce dernier peut empêcher l'engagement de la présentation et, par conséquent, créer une réelle difficulté.

Dans le cas de M^{me} G. J..., l'anse du cordon procident atteint 20 centimètres qui se trouve entre les cuisses de la femme, les battements sont perceptibles et la réduction facile. Extraction.

Dans les deux autres cas on ne perçoit plus les battements du cordon, extraction facile d'un enfant mort.

M^{me} P. L..., 23 ans, I pare. Siège complet. On constate une procidence du cordon, grossesse de 7 mois; membranes rompues. Césarienne vaginale (albuminurie pendant toute la durée de la gestation).

M^{me} B. A..., 23 ans, II^e pare. Grossesse de 10 mois. Siège élevé à droite; les pieds sont facilement atteints et on constate la procidence du cordon; battements perceptibles. 1 heure après l'examen on remarque que l'utérus est cordiforme, la corne gauche plus développée. Le promontoire est accessible au loin. Le siège est en D. P. très élevé. Le cordon descend au devant de la vulve faisant une anse de 30-35 centimètres. Les battements sont à peine perceptibles. Rétropulsion manuelle reste sans succès, le segment inférieur de l'utérus étant collé contre le fœtus. Rétropulsion avec une sonde montée sur un mandrin ne donne pas meilleur résultat. Anesthésie au chloroforme. Le pied bon descend dans la vulve; le siège reste toujours élevé, la femme pousse; extraction de l'enfant mort-né.

Dans deux cas la procidence du cordon était accompagnée de procidence d'un pied, mais il n'a pas pu créer le dystocie dans la présentation qui nous intéresse.

En tout j'ai relevé 9 cas de cet accident, dont dans 4 la réduction était facile et n'a pas nécessité d'intervention.

Le cordon peut encore parfois créer une dystocie à cause de sa brièveté; on comprend qu'au cours de l'expulsion du fœtus ou au moment de l'extraction cette anomalie peut provoquer un décollement placentaire; j'en trouve un cas.

Voilà donc passées en revue les principales causes de dystocie dans cette présentation et comme on voit ces accidents sont plutôt rares et c'est pourquoi je terminerai cet exposé par ces paroles pleines de sagesse empruntées à MM. Puech et Lequeux : « Les grosses dystocies sont le plus souvent créées par l'accoucheur, dont l'intervention maladroite ou intempestive déplace les parties fœtales ou sollicite la rétraction utérine. N'intervenir qu'à la dilatation complète et intervenir le moins possible, tel doit être le principe directeur de la conduite à tenir dans la présentation du siège ».

CONCLUSIONS

La présentation du siège, la plus fréquente après celle du sommet (705 cas), dans la majorité des cas se termine par un accouchement spontané, néanmoins, on peut rencontrer certaines dystocies qui sont les suivantes :

A. — *Dystocie d'origine maternelle.*

1. Dystocie provenant de l'utérus : anomalie des forces expulsives soit par défaut (15 cas), soit par excès (contraction générale, tétanisation de l'anneau de Bandt (6 cas), striction du col (6 cas), défaut de dilatation du col (5 cas), antéflexion exagérée; tumeurs — surtout fibromes (3 cas).

2. Dystocie provenant des organes para-utérins : kyste de l'ovaire (1 cas), très rarement d'origine des ligaments larges, rectum et vessie.

3. Dystocie provenant des parties molles : d'origine

anatomique (primipares âgées) ou pathologique (cicatrices), 7 cas.

4. Dystocie provenant du bassin : bassins rachitiques (bassin aplati, dans lequel cette présentation est très favorable et bassin généralement rétréci, dans lequel elle est très désavantageuse), 8 cas; bassin coxalgique (2 cas), de Nœgele (1 cas); bassin vicié par luxation congénitale de la hanche unilatérale (1 cas).

B. — *Dyslocie d'origine fœtale.*

1. Le fœtus étant normal, elle peut se rencontrer au niveau du siège : défaut d'engagement (accommodation insuffisante, gros sièges), 4 cas; incurvation incomplète (surtout dans la présentation du siège décomplété mode des fesses, à cause des attelles formées par les membres inférieurs), 3 cas.

Au niveau des épaules : relèvement des bras (d'après certains auteurs imputables à l'accoucheur), 16 cas.

Au niveau de la tête : volume anormal, ossification exagérée, plus souvent à cause de la déflexion au moment du passage dans le détroit inférieur ou défaut de la rotation (30 cas).

2. Anomalies du fœtus : excès de volume, gros œufs (3 cas), hydrocéphalie (3 cas), ou anomalie du nombre-gémellité.

C. — *Dystocie d'origine ovulaire.*

1. La plus fréquente est la rupture prématurée des membranes. La poche des eaux n'aidant pas à la dilatation du col, le travail traîne en longueur; mais le grand danger consiste dans la possibilité de l'infection (10 cas).

2. Procidence du cordon. Elle peut être simple, et dans ce cas le danger est la compression (7 cas), ou compliquée, c'est-à-dire accompagnée d'une procidence d'un membre, lequel peut créer une véritable dystocie, en empêchant l'engagement de la présentation.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie
de Paris,*

APPEL.

Vu par le Président de la thèse.

BRINDEAU.

Vu.

Le Doyen,

H. ROGER.

